

Michał Graczyk, Małgorzata Krajnik

Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

# Czy nasza wiedza na temat leczenia bólu i stosowania opioidów jest wystarczająca?

## Streszczenie

**Wstęp.** Celem badania była ocena wiedzy na temat opioidów u lekarzy praktyków.

**Materiał i metody.** W badaniu wzięło udział 101 lekarzy po ukończonym stażu podyplomowym, którzy uzyskali prawo wykonywania zawodu. Wypełniali oni ankietę poprzedzoną anonimowym kwestionariuszem osobowym.

**Wyniki.** Ankietowani lekarze posiadają dobrą wiedzę akademicką na temat opioidów zarówno w całej grupie (średni wynik prawidłowych odpowiedzi wyniósł ok. 73%), jak i w ocenie indywidualnej (średnio uzyskali 26 punktów na 35 możliwych). Jednak podczas samooceny połowa badanych lekarzy uznała swoją wiedzę na temat opioidów za małą. Porównywano wiedzę lekarzy poszczególnych specjalizacji — najlepiej wypadła grupa internistów. Lekarze medycyny paliatywnej uplasowali się dopiero na czwartym miejscu w zestawieniu.

**Wnioski.** Dane z badania wskazują na potrzebę zmiany sposobu edukowania lekarzy w dziedzinie opioidów. Wiedza czysto akademicka może okazać się niewystarczająca w codziennej pracy, a umiejętności praktyczne mogą wpłynąć na naszą samoocenę oraz poprawę kontroli bólu u pacjentów.

*Medycyna Paliatywna w Praktyce 2014; 8, 1: 1–10*

**Słowa kluczowe:** wiedza lekarzy, wiedza akademicka, wiedza praktyczna, samoocena

## Wstęp

Jedną z podstawowych przyczyn, które odpowiadają za niedostateczne leczenie bólu, jest niewystarczająca wiedza lekarzy. Artykuł opisuje fragment pracy badawczej nad postrzeganiem silnych opioidów stosowanych w leczeniu bólu przewlekłego u pacjentów objętych opieką paliatywną. Odniesiono się do poziomu wiedzy na temat tych leków ocenianej w grupie 101 lekarzy, przy czym analizę prowadzono zarówno w ujęciu ogólnym (cała grupa), jak i jednostkowym z uwzględnieniem poszczególnych specjalizacji lekarskich.

## Cele badania

Celem badania była ocena wiedzy lekarzy praktyków dotyczącej opioidów. Oceniano wiedzę teoretyczną (akademicką) z zakresu farmakologii, skutków ubocznych terapii, standardów leczenia bólu przewlekłego z uwzględnieniem aspektów praktycznych.

## Grupa badana

W badaniu wzięło udział 101 lekarzy po ukończonym stażu podyplomowym, mających prawo wykonywania zawodu (co jest tożsame z prawem do przepisywania i stosowania leków opioidowych dostępnych w Polsce), posiadających różne specjalności bądź będących w trakcie realizacji specjalizacji.

## Metoda i narzędzia

Zadaniem lekarzy biorących udział w badaniu było anonimowe wypełnienie ankiety (stworzonej na potrzeby badania), w której pytano o charakterystykę pracy lekarza, zwłaszcza w aspekcie przepisywania leków opioidowych, oceniano znajomość regulacji dotyczących przepisywania opioidów oraz wiedzę na ich temat.

W ankiecie dla lekarzy przyjęto **normy teoretyczne** oceniające posiadaną wiedzę jako:

**Adres do korespondencji:** dr n. med. Michał Graczyk

Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej, Collegium Medicum w Bydgoszczy

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

e-mail: [kizoppal@cm.umk.pl](mailto:kizoppal@cm.umk.pl)



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2014; 8, 1, 1–10

Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

- minimalną (dostateczną)  $\geq 60\%$  poprawnie udzielonych odpowiedzi w badanej grupie;
- ugruntowaną (dobrą)  $\geq 75\%$  poprawnie udzielonych odpowiedzi w badanej grupie;
- ponadprzeciętną (bardzo dobrą)  $\geq 90\%$  poprawnie udzielonych odpowiedzi w badanej grupie.

## Wyniki badania

### Charakterystyka demograficzna oraz analiza pracy lekarzy w aspekcie leczenia bólu i przepisywania leków opioidowych

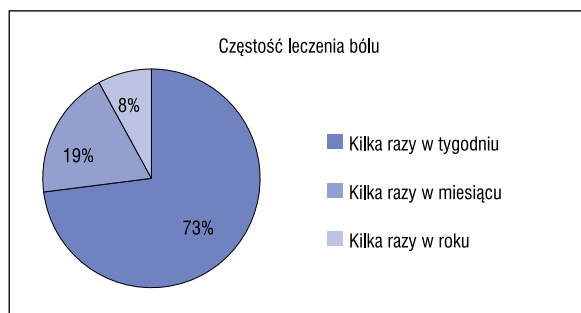
Do badania włączono 101 lekarzy (35 mężczyzn, 65 kobiet, jedna osoba nie podała płci). Były to osoby w trakcie specjalizacji podstawowej lub po jej ukończeniu. W trakcie realizacji kolejnej specjalizacji były 3 osoby (zostały uwzględnione tylko raz w ramach obecnie posiadanej specjalizacji). Większość lekarzy pracowała w szpitalu lub łączyła to z pracą w poradni. Powyższe dane umieszczono w tabeli 1.

Większość lekarzy (73 badanych) deklaroowało stosowanie leczenia przeciwbólowego u swoich pacjentów kilka razy w tygodniu (ryc. 1). Ponad 1/3 lekarzy (35 osób) stosowała opioidy w terapii bólu kilka razy

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanych lekarzy

Dane	Grupa badana (n = liczba osób)
Wiek — średnia ( $\pm$ SD)	34,91 (SD $\pm$ 8,07) (najmłodsza badana osoba miała 24 lata, najstarsza 62)
Płeć	K = 65 M = 35
Rodzaj specjalizacji	Zabiegowa, n = 9 Zachowawcza, n = 36 W trakcie specjalizacji, n = 56
Praca zawodowa	Szpital, n = 45 Przychodnia/poradnia, n = 21 Szpital i przychodnia/poradnia, n = 35 (10 osób zaznaczyło dodatkowo kategorię inne i wymieniło ją razem ze szpitalem lub poradnią)

SD — odchylenie standardowe (standard deviation)



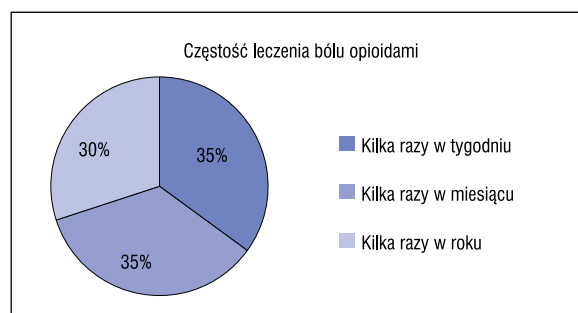
Rycina 1. Częstość leczenia bólu u pacjentów

w tygodniu, taka sama ilość kilka razy w miesiącu (ryc. 2). Związanych z medycyną paliatywną (podczas badania lub w przeszłości) było 13 lekarzy, z czego 8 posiadało specjalizację w tej dziedzinie. Ze specjalistą (konsultantem) medycyny paliatywnej kontaktowało się 2/3 ankietowanych lekarzy, natomiast 1/3 nigdy do tej pory tego nie robiła (ryc. 3). Większość ankietowanych lekarzy (76 osób) miała możliwość zdobywania wiedzy z zakresu medycyny paliatywnej w trakcie trwania studiów medycznych, a tylko 8 osób nigdy nie miała takiej możliwości (tab. 2).

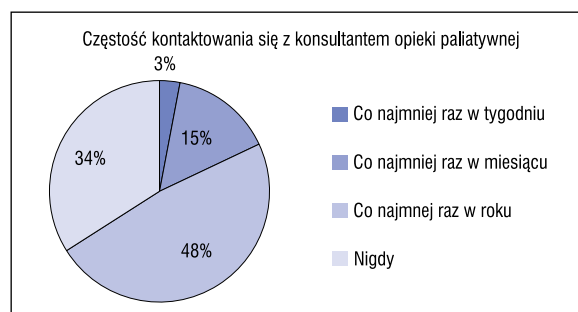
### Ocena znajomości regulacji dotyczących przepisywania opioidów

Dla większości ankietowanych lekarzy konieczność posiadania odpowiednich druków recept umożliwiających przepisanie silnych opioidów nie wpływała na ich zastosowanie (tab. 3). (Należy podkreślić, że badani lekarze wypełniali ankietę w okresie przed wprowadzeniem zmian w kolorze recept na leki opioidowe z różowego na biały).

Możliwość przepisywania silnych opioidów na zwykłych (białych) receptach wpłynęłaby na częstość ich przepisywania w opinii prawie 1/3 ankietowanych lekarzy (tab. 4). Dla ponad połowy ankietowanych kolor recepty (wcześniej różowy) nie wpływał na zastosowanie silnych opioidów. Najczęstszym problemem związanym ze specjalnymi receptami na opioidy były dla lekarzy trudności z dostępem do tych recept (tab. 5).



Rycina 2. Częstość leczenia bólu opioidami



Rycina 3. Graficzne przedstawienie częstości konsultacji z udziałem specjalisty w dziedzinie medycyny paliatywnej

**Tabela 2. Praktyka kliniczna lekarzy biorących udział w badaniu**

Pytanie	Odpowiedzi (n = liczba osób)
Częstość leczenia bólu u pacjentów	Kilka razy w tygodniu, n = 73 Kilka razy w miesiącu, n = 19 Kilka razy w roku, n = 8 (na pytanie odpowiedziało 100 lekarzy)
Częstość leczenia bólu opioidami	Kilka razy w tygodniu, n = 35 Kilka razy w miesiącu, n = 35 Kilka razy w roku, n = 30 (na pytanie odpowiedziało 100 lekarzy)
Aktualna lub dawna praca w opiece paliatywnej (hospicjum)	Tak, n = 13 Nie, n = 88
Częstość zwracania się o pomoc do lekarza-konsultanta opieki paliatywnej	Co najmniej raz w tygodniu, n = 3 Co najmniej raz w miesiącu, n = 15 Co najmniej raz w roku, n = 48 Do tej pory nigdy, n = 34 (na pytanie odpowiedziało 100 lekarzy)
Nauka z zakresu medycyny paliatywnej	Na studiach medycznych, n = 76 Na kursach specjalizacyjnych, n = 36 Inne, n = 17 Nie uczyłem się, n = 8

Tylko 30% lekarzy wiedziało, jak długo jest ważna recepta na silne opioidy wypisana na odpowiedniej receptce (w czasie badania — różowa z wtórnikiem) (tab. 6).

Większość lekarzy (71%) uważała, że chory przyjmujący opioidy nie powinien mieć możliwości prowadzenia samochodu (tab. 7). Zadane pytanie dotyczyło tego, czy pacjenci ci powinni mieć taką możliwość, a nie czy faktycznie mogą (wg polskiego prawa) prowadzić.

Wszyscy ankietowani byli świadomi, że nieleczony ból niesie za sobą skutki ekonomiczne dla państwa (tab. 8). Zdecydowana większość lekarzy oceniła, że wpływ ten jest duży lub bardzo duży.

**Tabela 3. Czy obowiązek wypisywania specjalnych recept ma wpływ na stosowanie opioidów?**

Odpowiedź	Liczba osób
Tak	36
Nie	65
Σ	101

**Tabela 4. Czy kolor recepty ma wpływ na częstość stosowania opioidów?**

Odpowiedź	Liczba osób
Tak	27
Nie	54
Nie mam zdania	20
Σ	101

**Tabela 5. Dlaczego kolor recepty wpływa na stosowanie opioidów?**

Odpowiedź	Liczba osób*	(%)
Trudności w dostępie do recept z wtórnikiem	24	67
Trudności z prawidłowym wypisywaniem tych recept	11	31
Konieczność przechowywania	12	33
Lęk przed stosowaniem opioidów w leczeniu bólu	1	3
Inne	1	3

\*13 osób wybrało więcej niż jedną odpowiedź

**Tabela 6. Jak długo ważna jest recepta na silne opioidy (Rpw)?**

Odpowiedź	Liczba osób	(%)
7 dni	52	60
14 dni	26	30
30 dni	9	10
Σ	87	

**Tabela 7. Czy pacjenci otrzymujący opioidy powinni mieć możliwość prowadzenia pojazdu?**

Odpowiedź	Liczba osób	(%)
Tak	27	29
Nie	66	71
Σ	93	–

**Tabela 8. Jaki jest wpływ nieleczonego bólu na skutki ekonomiczne dla państwa?**

Odpowiedź	Liczba osób
Mały	10
Duży	57
Bardzo duży	33
Σ	100

### Ocena wiedzy lekarzy o lekach opioidowych

Oceny wiedzy dokonano na podstawie wcześniej przygotowanych pytań (tab. 9). W części I i II oceniano wiedzę dotyczącą stosowania opioidów w terapii bólu przewlekłego. Część III dotyczyła obaw związanych z wprowadzeniem do terapii silnych opioidów (np. morfiny) oraz znajomości objawów ubocznych w trakcie ich stosowania. Pytania te miały zobrazować lęki i wiedzę respondentów. Ostatnia (IV) część ankiety oceniała wiedzę na temat leków przeciwbólowych.

Po zsumowaniu ilości poprawnych odpowiedzi poszczególnych lekarzy można stwierdzić, iż uzyskują oni dobry średni wynik. W części dotyczącej wiedzy na temat opioidów odpowiedzi poprawne stanowiły 80%, w części dotyczącej zastosowania opioidów w terapii bólu — 69% (tab. 9). Średni wynik prawidłowych odpowiedzi, z uwzględnieniem objawów ubocznych i obaw uzasadnionych medycznie, wyniósł ok. 73%.

Po połączeniu wszystkich pytań dotyczących wiedzy uzyskano wskaźnik liczbowy punktowany od 0–35. Dzięki niemu scharakteryzowano poziomy wiedzy lekarzy w ujęciu jednostkowym. Dokonując analizy zbiorczej wszystkich części ankiety można stwierdzić, iż lekarze uzyskali średnio 26 punktów (ryc. 4, tab. 10).

### Porównanie wiedzy lekarzy w rozbiciu na poszczególne specjalizacje

Po zebraniu wszystkich danych uzyskanych od poszczególnych lekarzy biorących udział w badaniu poddano je szczegółowej analizie i podzielono na kilka podgrup pod względem specjalizacji (wykonywanej lub w trakcie jej odbywania). Z uwagi na liczebność podgrup ostatecznie do analizy porównawczej zakwalifikowano: lekarzy internistów, lekarzy związanych z medycyną paliatywną, anestezjologów, neurologów, lekarzy rodzinnych i podstawowej opieki zdrowotnej. W ostatniej grupie umieszczono pozostałych lekarzy specjalistów lub odbywających specjalizację.

Ze względu na to, że rozkład wiedzy nie miał charakteru rozkładu normalnego, testy różnicujące musiały być nieparametryczne.

Ponieważ było wiele grup do porównania, to zastosowany został nieparametryczny test Anova Rang Kruskala-Wallis.

Zapytano również lekarzy o to, w jaki sposób oceniają sami swoją wiedzę na temat leków opioidowych. Aż 53% lekarzy uważało, że ma małą wiedzę dotyczącą silnych środków przeciwbólowych. Tylko 4% lekarzy oceniało swoją wiedzę w tym zakresie jako dużą. Wśród lekarzy, którzy posiadali specjalizację z medycyny paliatywnej 66% oceniło swoją wiedzę jako średnią, pozostali w tej grupie uznawali posiadaną wiedzę w tym zakresie za niską lub dużą (zarówno niską, jak i wysoką — po 16,5% wg ankietowanych w tej grupie).

### Wnioski i dyskusja

W przedstawionym badaniu podjęto próbę oceny wśród lekarzy praktyków znajomości regulacji przepisywania leków opioidowych oraz wiedzy o samych opioidach z uwzględnieniem objawów ubocznych ich stosowania. Poziom wiedzy akademickiej lekarzy na temat leków przeciwbólowych na podstawie udzielanych poprawnych odpowiedzi zarówno w części dotyczącej charakterystyki opioidów (80%), jak i ich stosowania w terapii bólu (69%) można uznać za dobry. Co ciekawe, 50% lekarzy w subiektywnej ocenie poziomu swojej wiedzy na ten temat uznało za niski. Tylko 4% lekarzy oceniało swoją wiedzę w tym zakresie jako dużą. Wyjaśnienie rozbieżności pomiędzy wiedzą sprawdzoną obiektywnie a subiektywnym przekonaniem o swojej wiedzy dotyczącej opioidów wymagałoby dodatkowych badań. Można przypuszczać, że ważnymi czynnikami przyczyniającymi się do tej rozbieżności są emocje (lęki, obawy, niepewności) oraz brak wiedzy i/lub umiejętności praktycznych w tym zakresie.

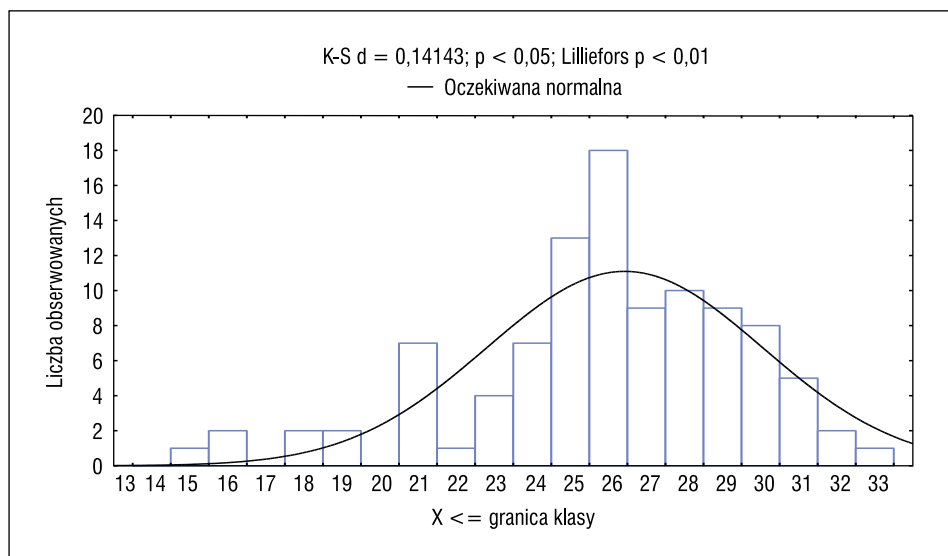
Wiedza lekarzy w ujęciu jednostkowym (oceniana u każdego respondenta indywidualnie) także była dobra. Uzyskali oni średnio 26 z 35 punktów w kwestionariuszu badającym ich wiedzę. Mając do dyspozycji wszystkie dane przeanalizowano wiedzę badanej grupy pod względem wykonywanej (lub obranej) specjalizacji. Ostatecznie do analizy porównawczej wybrano najliczniejsze grupy lekarzy: internistów ( $n = 31$ ), anestezjologów ( $n = 19$ ), lekarzy rodzinnych ( $n = 10$ ), lekarzy medycyny paliatywnej ( $n = 9$ ) oraz neurologów ( $n = 8$ ). Oddzielną grupę stanowili pozostali lekarze różnych specjalności ( $n = 24$ ).

Najlepiej w analizie porównawczej wypadła grupa internistów. Także w tej grupie znalazła się osoba, która wśród 101 lekarzy uzyskała najwyższy wynik (33 punkty). Na drugim miejscu uplasowali się lekarze podstawowej opieki medycznej (w tym lekarze rodzinni), a na trzeciej pozycji lekarze anestezjologów (ryc. 5, tab. 11). Lekarze medycyny paliatywnej w zestawieniu znaleźli się dopiero na czwartym miejscu, natomiast ich samoocena dotycząca posiadanej na temat opio-

Tabela 9. Pytania i odpowiedzi lekarzy w poszczególnych częściach ankiety

Pytania z części I	Liczba dobrych odpowiedzi*	Pytania z części II	Liczba dobrych odpowiedzi*	Pytania o objawy uboczne terapii	Liczba odpowiedzi**	Pytania z części IV	Liczba dobrych odpowiedzi*
Jak dzieli się opioidy?	34	W jakim stopniu opioidy uzależniają psychicznie?	55	Senność	93	Jaki lek przeciwbólowy jest najsilniejszy?	80
Czy opioidy działają na receptor opioidowy?	95	Jak często opioidy powodują depresję ośrodka oddechowego?	76	Uzależnienie od opioidów	65	Jak powinno się przyjmować leki przeciwbólowe w bólu długotrwałym?	100
Czy opiaty to naturalne opioidy?	77	Jaka jest maksymalna dobową dawkę morfiny?	76	Krwawienie z przewodu pokarmowego	4	Czy morfinę można łączyć z takimi lekami jak Apap, Codipar, Efferalgan, Panadol?	95
Czy podczas stosowania opioidów w terapii bólów wytworza się tolerancja?	86	O ile silniejszy od morfiny jest fentanyl?	72	Zaparcia	91	Czy morfinę można łączyć z takimi lekami jak Tramal, Poltram, Tramundin, Adamom?	69
Czy morfiną należy leczyć jak najpóźniej, ponieważ po pewnym czasie przestaje działać?	85	Jak często pojawiają się objawy odstawienia po wyłączeniu morfiny?	73	Nudności i wymioty	85	Dlaczego morfinę podaje się pacjentom cierpiącym na ciągły, długotrwały ból?	99
Czy tramadol jest opioidem i należy do II stopnia drabiny analgetycznej?	94	Jaka jest maksymalna dawka tramadolu?	83	Wypadanie włosów	1	Jakie mogą być działania uboczne Apapu, Codiparu, Efferalganu, Panadolu, Ferwexu Gripexu?	94
Czy zastosowanie morfiny skraca czas przeżycia chorego?	96	Jakich leków dotyczy efekt pułapowy (sufitowy)?	23	Halucynacje	31	Jakie mogą być działania uboczne Durogesicu, Matrefenu, Fentanyl TTS?	61
		W jakim kolorze jest recepta na opioidy?	98	Depresja układu oddechowego	82	Jakie mogą być działania uboczne Tramalu, Poltramu, Tramundinu, Adamomu?	90
		Czy różowe recepty powinien posiadać każdy lekarz?	58	Świąd	34	Jakie mogą być działania uboczne Doltardu, Vendalu Retard, MST Continus, Sevedolu?	76
		Czy można stosować morfinę przy duszności nowotworowej?	82	Poty	12	Jakie mogą być działania uboczne Aspiryny, Polopiryny?	100
				Zatorowość płucna	2	Jakie mogą być działania uboczne morfiny?	76

\*Liczba dobrych odpowiedzi na zadane pytania; \*\* Liczba zaznaczonych odpowiedzi, czyli wybranych jako objaw niepożądany stosowania opioidów

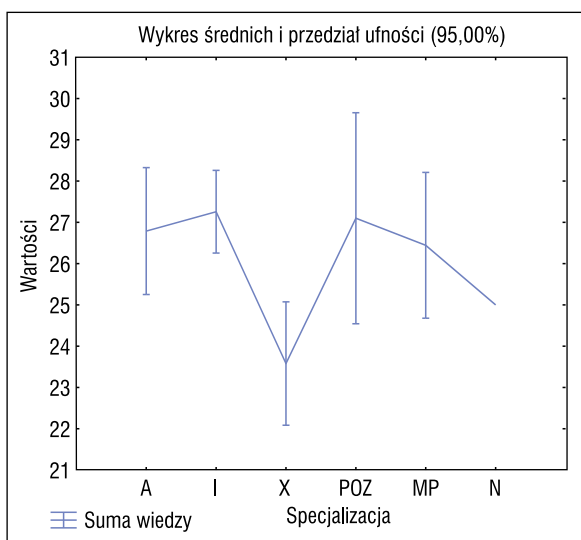


Rycina 4. Wiedza ogólna lekarzy dotycząca opioidów (w ujęciu jednostkowym)

Tabela 10. Wskaźnik liczbowy poziomu wiedzy lekarzy w części ankiety na temat opioidów oraz terapii bólu

	M	SD
Lekarze	25,93	3,63

M — średnia; SD — odchylenie standardowe (standard deviation),



Rycina 5. Wiedza lekarzy oceniona ogólnie (we wszystkich częściach ankiety) z uwzględnieniem specjalizacji; I — internści, MP — medycyną paliatywną, A — anestezjologów, N — neurologów, POZ — lekarzy rodzinnych i podstawowej opieki zdrowotnej, X — pozostali lekarze specjaliści

idów wiedzy była wyższa w porównaniu do średnich z całej badanej grupy. Fakt, że większość (66%) lekarzy w tej grupie uznało swoją wiedzę na temat opio-

Tabela 11. Porównanie wiedzy lekarzy poszczególnych specjalizacji we wszystkich częściach ankiety z uwzględnieniem objawów ubocznych

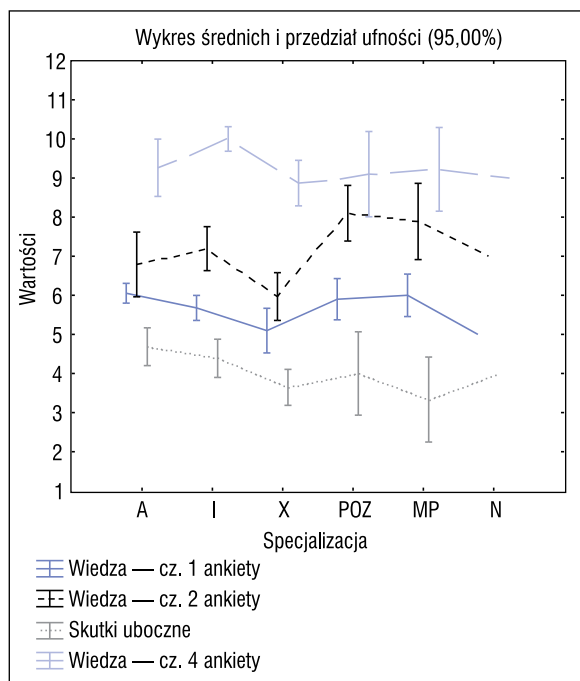
Specjalizacja	Wiedza obejmująca także znajomość objawów ubocznych leczenia opioidami (średni wynik uzyskany dla grupy)	SD
Internści	27,36	2,73
Lekarze rodzinni	27,10	3,19
Anestezjolodzy	26,79	3,57
Medycyna paliatywna	26,44	2,29
Neurologdy	23,12	4,22
Pozostałe specjalizacje	23,79	4,02
Lekarze ogółem	25,93	3,63

SD — odchylenie standardowe (standard deviation)

idów za średnią jest zaskakujący, jeśli weźmie się pod uwagę rodzaj wiedzy i umiejętności niezbędnych do uzyskania specjalizacji, a także do codziennej praktyki zawodowej w tym obszarze medycyny. Poziom wiedzy w poszczególnych częściach ankiety w rozbiciu na specjalizacje przedstawia rycina 6.

Analizując dane, można zauważyć, iż lekarze spośród efektów ubocznych stosowanej terapii lekami opioidowymi wymieniają te, które mają uzasadnienie medyczne (w wariantach odpowiedzi podano celowo także objawy nieprawidłowe). Nieumiejętność stosowania tych leków przez lekarzy nie musi być związana z ich brakiem wiedzy, ale na przykład z obawą, że sobie nie poradzą z objawami niepożądanymi. Wskazują na to także inne badania, w których wykazano, że





**Rycina 6.** Wiedza lekarzy w poszczególnych częściach ankiety z uwzględnieniem specjalizacji; I — interniści, MP — medycyną paliatywną, A — anestezjologów, N — neurologów, POZ — lekarze rodzinnych i podstawowej opieki zdrowotnej, X — pozostali lekarze specjaliści

błędne przekonania wcale nie tak rzadko występują u praktykujących lekarzy [1, 2].

Wśród objawów niepożądanych ponad 80% lekarzy wymieniło niewydolność ośrodka oddechowego. Sporadycznie zdarzają się przypadki depresji oddechowej, zwykle są one efektem niedopatrzenia lub braku przewidywania ze strony lekarza. Przykładami mogą być: interakcje lekowe, brak obniżenia dawki opioidu adekwatnie do nagłego zmniejszenia natężenia bólu w wyniku działań inwazyjnych (np. blokady, neurolizy), niezmodyfikowanie dawkowania opioidu (lub brak zamiany na inny, o lepszym profilu nerkowym/narządowym) w sytuacji rozwijającej się ostrej niewydolności nerek lub istniejącej, ale do tej pory utajonej, przewlekłej choroby nerek (zaostrej hipowolemią, stosowanymi lekami, szczególnie z grupy NLPZ). Wszystkie wymienione czynniki wchodzą jednak w zakres normalnej wiedzy klinicznej oraz czujności lekarskiej i nie powinny stać się przyczyną obaw lekarza [3].

Brak dostatecznej wiedzy na temat opioidów oraz doświadczenia w prowadzeniu terapii bólu może stać się barierą w przepisywaniu i stosowaniu leków opioidowych. Jakikolwiek opory ze strony lekarzy prowadzą do nieprawidłowego czy niedostatecznego leczenia bólu [4]. W przełożeniu na aspekt praktyczny — stosowane są zbyt niskie dawki opioidów lub całkowicie się ich unika w schematach leczenia bólu

przewlekłego pomimo ewidentnych wskazań do ich włączenia. Gardiner i wsp. w swoim badaniu wskazali na pewne paradoksalne zjawisko. Polega ono na tym, że obserwowany rozwój medycyny paliatywnej może prowadzić do „oduczenia się” lekarzy innych specjalności przepisywania opioidów [5]. Może to także dotyczyć innych podstawowych objawów, którymi w codziennej praktyce zajmują się specjaliści medycyny paliatywnej, a pozostali lekarze leczą je jedynie w szczególnych, a nawet odosobnionych przypadkach. Taka sytuacja może mieć miejsce głównie wtedy, gdy nie ma odpowiedniej współpracy pomiędzy opieką paliatywną a innymi specjalnościami. Wtedy lekarz prowadzący (np. rodzinny lub onkolog) zwleka z włączeniem analgetyków opioidowych z powodu swoich obaw przed nimi, a na dodatek bardzo późno, często dopiero pod koniec życia chorego kieruje go do konsultanta medycyny paliatywnej (poradni, opieki domowej). Być może stały kontakt lekarzy z konsultantem medycyny paliatywnej wpłynąłby na podniesienie ich wiedzy, świadomości, doświadczenia i ograniczyłby ich obawy w zakresie działań niepożądanych opioidów. Może w tym pomóc promowany w ostatnich latach model wczesnej integracji opieki paliatywnej z onkologią [6, 7]. Jednym z założeń tego modelu jest przyjęcie wspólnych narzędzi, służących do oceny potrzeb chorych, stosowanych regularnie przez cały czas leczenia i opieki, umożliwiających rozpoznanie potrzeby włączania interwencji z zakresu opieki paliatywnej. Wszystko to ma służyć poprawie współpracy specjalistów obu dziedzin dla dobra chorego. Interesujące będzie poznanie wyników badań oceniających skuteczność funkcjonowania tego modelu.

Ból przewlekły dotyka milionów Europejczyków — samych chorych, a także pośrednio ich bliskich (rodziny, opiekunów). Znaczną grupę stanowią pacjenci z przewlekłym bólem nienowotworowym (CNMP, *chronic non-malignant pain*). Warto podkreślić, że duża część tych chorych jest leczona przez lekarzy pierwszego kontaktu (głównie lekarzy rodzinnych), którzy rzadziej leczą ból w przebiegu choroby nowotworowej [8]. Z uwagi na ten fakt grupa *OPENMinds Primary Care* podjęła się badania klinicznego dokładnie w tym obszarze. W badaniu wzięło udział 1300 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej z 13 krajów Europy [9]. Wyniki wskazują, że ponad 80% lekarzy było niezadowolonych z poziomu swojej podstawowej wiedzy w zakresie bólu i jego leczenia. Aż 75% z nich uczestniczyło w roku poprzedzającym badanie w 10 godzinach szkoleń i zajęć z zakresu leczenia CNMP. Lekarze dostrzegają także fakt braku wytycznych dotyczących leczenia CNMP i podkreślają potrzebę ich opracowania. Dodatkowo koszty związane z bólem przewlekłym są znaczne. Szacuje się, że mogą one

wynosić do 2% produktu krajowego brutto krajów europejskich [10]. Także w przeprowadzonym przez nasz zespół badaniu lekarze zdawali sobie sprawę z wagi ekonomicznej nieleczzonego bólu.

Podsumowując, opisane badanie wydaje się wskazywać na potrzebę zmiany sposobu edukacji lekarzy w dziedzinie opioidów — powinna być ona bardziej praktyczna, a nie czysto akademicka. Lekarze wykazali się zadowolającą wiedzą teoretyczną, ale ich niska samoocena przemawia za tym, że potrzebują oni praktycznych umiejętności w radzeniu sobie z problemem, jakim jest leczenie bólu. Do tych ostatnich niewątpliwie należałoby zaliczyć komunikację z chorym oraz monitorowanie skuteczności prowadzonej terapii, na co wskazują analizy dotyczące barier w leczeniu bólu [11]. Ponadto na podstawie obecnego badania należałoby postawić pytanie, dlaczego lekarze opieki paliatywnej nie wykazali się wyższym poziomem wiedzy na temat leków opioidowych oraz dlaczego nie mają poczucia, że są ekspertami w zakresie ich stosowania w praktyce klinicznej. Jeśli kontakt z lekarzem medycyny paliatywnej ma być traktowany w kategoriach wysoce specjalistycznej porady, to należy także wykazać należytą dbałość o poziom wiedzy zarówno akademickiej, jak i tej praktycznej. Na jakość wiedzy lekarzy oddziałują dwa zasadnicze elementy — samoedukacja i podnoszenie własnych kwalifikacji oraz jakość kształcenia w zakresie medycyny paliatywnej. Wpływa to pośrednio, a niejednokrotnie bezpośrednio, na odbiór lekarzy (czy rzeczywiście jesteśmy ekspertami na tym polu) przez wykwalifikowany personel medyczny oraz pacjentów i ich bliskich, a ostatecznie na ocenę dziedziny medycyny, którą reprezentujemy.

## Piśmiennictwo

1. Twycross R. Pain relief in advanced cancer (Misunderstandings about morphine), Churchill Livingstone, New York 1994 (Reprinted 1998): 333–347.
2. Elliott T. E., Elliott B. A., Physician attitudes and beliefs about use morphine for cancer pain, *J. Pain Sympt. Manage.* 1992 (7): 141–148.
3. Graczyk M., Krajnik M. Opioidofobia lekarzy i chorych jako przeszkoda w skutecznym leczeniu bólu u chorego na nowotwór. W: Malec Milewska M., Krajnik M., Wordliczek J. (red.). *Chory na nowotwór – kompendium leczenia bólu*. Medical education, Warszawa 2013: 293–305.
4. The International Narcotics Control Board (INCB). 2004 Annual Report, Press Release No.6. Use of essential narcotic drugs to treat pain is inadequate, especially in developing countries. March 3 2004. Available at: [www.incb.org](http://www.incb.org)
5. Gardiner C., Gott M., Ingleton C., Hughes P., Winslow M., Bennett M. I. Attitudes of health care professionals to opioid prescribing in end-of-life care: a qualitative focus group study. *J. Pain Symptom Manage.* 2012; 44: 206–214.
6. Von Roenn J.H., Voltz R., Serrie A. Barriers and approaches to the successful integration of palliative care and oncology practice. *J. Natl. Compr. Canc. Netw.* 2013; 11: 11–16.
7. Smith T.J., Temin S., Alesi E.R. i wsp. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *J. Clin. Oncol.* 2012; 30: 880–887.
8. Azevedo L.F., Costa-Pereira A., Mendonça L. i wsp. Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *Journal of Pain* 2012; 13(8): 773–783.
9. Johnson M., Collett B., Castro-Lopes J.M. The challenges of pain management in primary care: a pan-European survey. *Journal of Pain Research* 2013; 6: 393–401.
10. Fit for Work Europe. Making work count — how Health Technology Assessment can keep Europeans in work. Fit for Work Europe, 2012.
11. Glajchen M. Chronic Pain: Treatment Barriers and Strategies for Clinical Practice. *J. Am. Board Fam. Pract.* 2001; 14: 211–218.



## Ankieta stosowana w badaniu

### CZĘŚĆ I. W tej części proszę wybrać i zaznaczyć jedną opcję: prawda lub fałsz.

- |  |   |
|--|---|
| 1. Opioidy dzielimy wg drabiny analgetycznej na: słabe, średniej mocy oraz silne<br><input type="checkbox"/> Prawda <input type="checkbox"/> Fałsz | 5. Morfina przestaje działać po pewnym czasie od momentu jej wprowadzenia do terapii bólu, dlatego należy rozpoczynać leczenie jak najpóźniej<br><input type="checkbox"/> Prawda <input type="checkbox"/> Fałsz |
| 2. Opioidy to leki działające na receptor opioidowy<br><input type="checkbox"/> Prawda <input type="checkbox"/> Fałsz                              | 6. Tramadol jest słabym opioidem i należy do II stopnia drabiny analgetycznej<br><input type="checkbox"/> Prawda <input type="checkbox"/> Fałsz   |
| 3. Opiaty to naturalne opioidy.<br><input type="checkbox"/> Prawda <input type="checkbox"/> Fałsz  | 7. Zastosowanie morfiny skraca czas przeżycia chorego<br><input type="checkbox"/> Prawda <input type="checkbox"/> Fałsz   |
| 4. Podczas stosowania w terapii bólu silnych opioidów wytwarza się tolerancja<br><input type="checkbox"/> Prawda <input type="checkbox"/> Fałsz    |   |

### CZĘŚĆ II. W tej części proszę wybrać jedną poprawną odpowiedź.

- |   |  |
|---|--|
| 1. Stosowanie silnych opioidów z powodu bólu prowadzi do uzależnienia psychicznego w:<br>A. 5–10 %<br>B. 50%<br>C. Prawie 100%  | 7. Efekt pułapowy wśród leków z drabiny analgetycznej (czyli maksymalna dawka leku, którą możemy podać na dobę w celu uzyskania efektu p/bólowego) dotyczy:<br>A. Tylko NLPZ<br>B. NLPZ oraz słabych opioidów<br>C. NLPZ, słabych opioidów oraz morfiny, fentanylu |
| 2. Jak często występuje depresja ośrodka oddechowego przy stosowaniu opioidów w leczeniu bólu?<br>A. Rzadko<br>B. Ze średnią częstością<br>C. Często  | 8. Jak oceniasz swoją wiedzę na temat silnych leków p/bólowych (silnych opioidów) i ich zastosowania?<br>A. Mała<br>B. Średnia<br>C. Duża  |
| 3. Jaka jest maksymalna doustna dawka morfiny na dobę stosowanej w terapii bólu?<br>A. 100 mg<br>B. 500 mg<br>C. 1000 mg<br>D. Nie ma dawki maksymalnej   | 9. Czy Twoja wiedza na temat opioidów wpływa na ich zastosowanie?<br>A. Tak<br>B. Nie wiem (trudno powiedzieć)<br>C. Nie   |
| 4. Fentanyl jest od morfiny<br>A. Słabszy 10 ×<br>B. Silniejszy 10 ×<br>C. Silniejszy 50 ×<br>D. Silniejszy 100 ×   | 10. Jakiego koloru jest recepta, na której wypisujemy silne opioidy (morfina, fentanyl)?<br>A. Biała<br>B. Biała z niebieskim paskiem<br>C. Różowa   |
| 5. Objawy odstawienia po zaprzestaniu przyjmowania morfiny (uzależnienie fizyczne) przy rotacji opioidu (tzn. zamianie jednego na inny) dotyczą:<br>A. 10% pacjentów<br>B. 50% pacjentów<br>C. 100% pacjentów | 11. Czy takie recepty (uprawniające do przepisywania w/w leków) powinien posiadać każdy lekarz?<br>A. Tak<br>B. Nie<br>C. Nie wiem   |
| 6. Jaka jest maksymalna dawka tramadolu?<br>A. 100 mg<br>B. 200 mg<br>C. 400 mg<br>D. Nie ma dawki maksymalnej  | 12. Czy można stosować morfinę w przypadku duszności nowotworowej?<br>A. Tak<br>B. Nie<br>C. Nie wiem  |

### CZĘŚĆ III. W tej części proszę wybrać jedną lub kilka odpowiedzi (część wielokrotnego wyboru).

- |   |   |
|---|---|
| 1. Przy wprowadzaniu silnych opioidów do terapii (np. morfiny) najbardziej obawiał(a)byś się:<br>• Zablokowania ośrodka oddechowego<br>• Zatorowości płuc<br>• Uzależnienia od opioidów<br>• Uszkodzenia narządu słuchu<br>• Zaparcie<br>• Nudności i wymioty<br>• Senność<br>• Inne..... | 2. Objawy uboczne przy stosowaniu opioidów to:<br>• Senność<br>• Uzależnienie od opioidów<br>• Krwawienia z przewodu pokarmowego<br>• Zaparcia<br>• Nudności i wymioty<br>• Wypadanie włosów<br>• Halucynacje<br>• Depresja układu oddechowego<br>• Świąd<br>• Poty<br>• Zatorowość płuc<br>• Inne..... |
|---|---|

#### CZĘŚĆ IV. Wiedza ankietowanego na temat leków przeciwbólowych.

1. Najsilniejszym lekiem p/bólowym Pana/Pani zdaniem jest:
  - A. Ketoprofen (Ketonal, Biprofen, Febrofen)
  - B. Morfina (Morphini sulfas, Doltard, Kapano, M-Eslon, MST continus, Sevredol, Morphinum hydrochloridum, Vandal Retad)
  - C. Fentanyl (Durogesic, Matrifen, Fentanyl TTS, Fentanyl, Fentanyl-ratiopharm, Actavis)
  - D. Ibuprofen (Ibuprom, Ibufen, Nurofen, Modafen)
  - E. Tramadol (Tramal, Poltram, Tramundin, Adamon)
  - F. Inne.....
2. Jak według Pana/Pani należy przyjmować leki przeciwbólowe w długotrwałym bólu?
  - A. Tylko w razie bólu
  - B. Tylko w określonych godzinach bez dodatkowych dawek
  - C. W określonych godzinach, ale z możliwością przyjęcia dodatkowych dawek, jeśli ból pojawia się w międzyczasie
3. Czy według Pana/Pani można łączyć morfinę z takimi lekami jak Apap, Codipar, Efferalgan, Panadol?
  - A. Tak
  - B. Nie
  - C. Nie wiem
4. Czy według Pana/Pani można łączyć morfinę z takimi lekami jak Trama, Poltram, Tramundin, Adamon?
  - A. Tak
  - B. Nie
  - C. Nie wiem
5. Według pana/Pani opinii morfinę podaje się pacjentom cierpiącym na ciągły długotrwały ból bo:
  - A. Morfina działa przeciwbólowo
  - B. Morfina odurza pacjenta i wtedy chory nie czuje bólu
  - C. Morfina skraca życie pacjenta i w ten sposób chory mniej cierpi
  - D. Nie wiem
6. Jakie mogą być według Pana/Pani działania uboczne przyjmowania leków takich jak Apap, Codipar, Efferalgan, Panadol, Ferwex, Gripex?
  - A. Łysienie
  - B. Uszkodzenie wątroby, nerek
  - C. Drżenie rąk
  - D. Leki te nie mają działań ubocznych
7. Jakie mogą być według Pana/Pani działania uboczne przyjmowania leków takich jak Durogesic, Matrifen, Fentanyl TTS?
  - A. Kaszel
  - B. Przebarwienie skóry
  - C. Uzależnienie
  - D. Leki te nie mają działań ubocznych
  - E. Nie wiem
8. Jakie mogą być według Pana/Pani działania uboczne przyjmowania leków takich jak Trama, Poltram, Tramundin, Adamon?
  - A. Wymioty i/lub zaparcia
  - B. Wrzody żołądka
  - C. Przerost dziąseł
  - D. Leki te nie mają działań ubocznych
  - E. Nie wiem
9. Jakie mogą być według Pana/Pani działania uboczne przyjmowania leków takich jak Doltard, Vandal Retard, MST Continus, Sevredol?
  - A. Uszkodzenie słuchu
  - B. Senność
  - C. Przyspieszenie akcji serca
  - D. Leki te nie mają działań ubocznych
  - E. Nie wiem
10. Jakie mogą być według Pana/Pani działania uboczne przyjmowania leków takich jak Aspiryna, Polopiryna?
  - A. Zaburzenia widzenia
  - B. Senność
  - C. Krwawienia z przewodu pokarmowego
  - D. Leki te nie mają działań ubocznych
  - E. Nie wiem
11. Jakie mogą być według Pana/Pani działania uboczne przyjmowania morfiny?
  - A. Majaczenie
  - B. Kołatanie serca
  - C. Zaparcia
  - D. Ten lek nie ma działań ubocznych
  - E. Nie wiem